

初来院の方

診療申込書

ハマノ眼科

フリガナ		男・女
氏名	(旧姓)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
住所	〒 —	
自宅電話		
携帯電話		
勤務先・学校名		

<問診票>

◇来院の目的について伺います。
該当する項目に○をして下さい。

1. コンタクトレンズに関すること
・コンタクトレンズの購入・検査
・メルスプラン会員
(レンズ交換・紛失・お渡し)
・気になる症状がある
→2のチェック項目へ
2. 目のことで気になることがある
*具体的な症状にチェックして下さい。
・見えにくい ・ゴロゴロする
・痛い ・充血している
・かゆい ・めやにが出る
・涙が出る ・疲れる
・目が腫れている ・くもる
・乾燥する
・その他(具体的にお書き下さい)
[]

◇コンタクトレンズの経験はありますか？
ない・ある
()ハードレンズ
()従来型ソフトレンズ
()2週間、1カ月交換
()1日使い捨て

◇以下の項目に○印またはご記入下さい。

- ①大きな病気または眼の病気にかかられたことがありますか？
ない・ある(病名))
(いつ))
- ②薬・注射などによるアレルギー、または花粉症などはありますか？
ない・ある(薬 [薬の名前:])
アレルギー性結膜炎・鼻炎・アトピー・花粉・)
- ③ハマノ眼科・ハマノコンタクトからお知らせをお出ししてもよろしいですか？
はい・いいえ

*上記の個人情報は、ハマノ眼科のカルテ作成と、ハマノコンタクトの管理医療機器
販売管理台帳作成及びお知らせの発送に使用します。

◇ハマノ眼科をどのようにしてお知りになりましたか？(複数可)

1. 家族・お知り合いの方から聞いて知った
その方は、ハマノ眼科の患者さんですか？ はい・いいえ
2. ハマノ眼科の医師・職員の紹介 [紹介者名]
3. インターネットを見て知った (複数可)
()ハマノ眼科・ハマノコンタクトのホームページ
()レンズメーカー [メニコン ・ジョンソン&ジョンソン ・その他:]
()阪神百貨店 ・ なんばCITY ・ 阪急三番街 ・ 阪急グランドビルクリニックセンター
()I(アイ)タウンページ () その他[]
4. 広告を見て知った () 広告看板 () 情報誌 () その他[]
5. レンズメーカーからの紹介 () メニコン () ジョンソン&ジョンソン () その他[]
6. 他の医療機関からの紹介 []
7. 通勤・通学経路途中にあったから
8. 阪神百貨店・なんばCITY・阪急三番街・阪急グランドビルクリニックセンターの中にあつたから
9. その他[]

* この診療申込書と健康保険証を眼科受付にお持ち下さい。
* 診療所によって、診療時間や休診日が異なりますので、ご確認の上、来院して下さい。